

# Groepspraktijken, ontwikkelingsprojecten en doelmatigheidstoetsing

DOOR DR. H. J. P. M. DIJKHUIS, ARTS TE ARNHEM

Op grond van verschillende overwegingen groeit onder huisartsen de neiging om hun beroep in groepsverband te gaan uitoefenen. De verwachting bestaat dat dan beter het hoofd kan worden geboden aan de „disutility”, het personeelsgebrek, de onvoldoende registratie en administratie, het wetenschappelijke isolement, het gebrek aan tijd voor studie en recreatie en wat dies meer zij. Tot nu toe is door onderlinge samenwerking of associaties nog niet gerealiseerd wat in deze opzichten van een georganiseerde groep met aangepast personeel en een doelgerichte taakverdeling kan worden verwacht. Vele huisartsen zien de groepspraktijk ruimer en anders namelijk een samenwerking met wijkzusters, vroedvrouw en maatschappelijke werkster. Zij verwachten dat de kwaliteit van de zorg door teamwork en gezamenlijke communicatie met derden zal verbeteren.

Indien een groepspraktijk mede wordt opgezet om aan te tonen dat een nieuw geprojecteerde samenwerking van de bij de „thuisgezondheidszorg” betrokkenen tot een doelmatige zorg leidt, dan is er sprake van een ontwikkelingsproject. Nu ligt het niet in de lijn der verwachting dat het werk van een goede huisarts, die gedurende 60 uur per week zijn zorg tot in details persoonlijk verleent, gemakkelijk kan worden overtroffen. Bovendien is een goede samenwerking van zelfstandige artsen met wijkzusters en anderen, met name ten plattelande, allerm minst ongebruikelijk. Nieuwe projecten zijn dan ook niet vereist om de goede huisarts of wijkzuster in een beproefde situatie te overtroeven maar om het hoofd te bieden aan ontwikkelingen zoals: een veranderend morbiditeitspatroon (meer psycho-sociale stoornissen); de afnemende realiteit van de wijk (gescheiden woon- en werkmilieu); de toenemende verstedelijking (ingewikkelder communicaties) en de concentratie van ziekenhuizen (minder contact met de kliniek).

Deze ontwikkelingen bedreigen zowel het voorhanden zijn van thuisgezondheidszorg (bijvoorbeeld door onvoldoende aanbod van huisartsen) als de doeltreffendheid (bijvoorbeeld door onvoldoende coördinatie).

Ontwikkelingsprojecten moeten op hun doelmatigheid worden getoetst omdat zij daartoe zijn geprojecteerd. Een dergelijke doelmatigheidstoetsing vormde het onderwerp van bespreking op het vorig jaar gehouden World Health Organization Symposium over „Efficiency in Medical Care”. Onder „efficiency” dient te worden verstaan een gunstige

*Samenvatting* De essentiële doelstelling van een groepspraktijk is om ook in een veranderende maatschappij adequate huisartsenhulp te verlenen. Het lijkt een onbegonnen taak om van een zo'n gecompliceerd instituut als de algemene praktijk de doeltreffendheid te meten.

Met behulp van modellen, gebaseerd op de gemiddelde morbiditeit en de medische consumptie kan de inhoud van het werk in groepspraktijken worden vergeleken met die van de gemiddelde individuele praktijk. Wanneer het werk in groepspraktijken een gelijkwaardige inhoud vertoont, kunnen de hogere kosten van groepspraktijken worden geaccepteerd indien in groepen een betere operationele „efficiency” wordt verkregen.

relatie tussen het adequaat zijn van de zorg en de kosten. De zorg is adequaat indien er een gunstige relatie bestaat tussen de resultaten en de doelstellingen. Onder kosten moet worden verstaan alle beslag dat ten koste van andere voorzieningen wordt gelegd op opleidingen, mankracht, tijd, geld en materiaal.

Stel dat drie huisartsen 10000 patiënten verzorgen in een groep die beschikt over twee verpleegsters en een laborante, dan kan een hierop betrekking hebbende kostenbegroting in een experiment aan de praktijk worden getoetst (*tabel 1*). Zou deze kostenbegroting reëel blijken, dan blijft de vraag of ook de werkwijze, de taakverdeling, de tijdsverdeling en dergelijke bevredigend waren. Indien ook dat het geval blijkt te zijn dan zou men in Nederland bij een dergelijke opzet en kosten met 3600 huisartsen kunnen volstaan.

Tot nu toe werd alleen een bepaald aspect van de „efficiency” in onze beschouwingen betrokken namelijk de zogenaamde operationele „efficiency”. Wij hadden bij wijze van spreken evengoed uit kunnen gaan van een bezetting van drie verpleegsters, een vroedvrouw, een maatschappelijke werkster, drie laboranten en drie administratieve krachten per groep van drie artsen. Waar het in wezen om gaat is of de zorg adequaat is. Wij hebben gezien dat hieronder moet worden verstaan een gunstige relatie tussen resultaten en doelstellingen. Het lijkt er op dat het bijzonder moeilijk zal worden dit essentiële gegeven te verkrijgen uit een dergelijk complex instituut als de continue thuisgezondheidszorg. Mijns inziens is hier de enige

uitweg het opstellen van theoretische modellen gebaseerd op de gemiddelde resultaten van een groot aantal artsen te weten: een model van de ziekten die zijn onderkend; een model van de verrichtingen en de verwijzingen; een model van de activiteiten van andere instellingen in de praktijk en een model van de „follow-up” die is verricht. Deze modellen verwijzen respectievelijk naar de patiënt, de medische zorg, het integrale karakter van de zorg en de continuïteit van de zorg: de bekende elementen van de huisartsgeneeskunde.

De gedachtengang die aan het gebruik van deze modellen ten grondslag ligt, is dat de zorg beter is

naarmate zij meer in de objectieve behoefte voorziet. De Engelsen spreken van „need” — medische behoefte — en „demand” — medische consumptie —. Bekend is het beeld van Logan, die de morbiditeit vergelijkt met een ijsberg waarvan de „demand” boven water uitsteekt en de „need” zich breed onder de waterspiegel uitstrekt. De zorg zal des te beter zijn naarmate arts en publiek de „need” in „demand” vertalen, zodat bijvoorbeeld alle diabetespatiënten die worden gezien, ook worden behandeld.

In de praktijk kunnen wij volstaan met de ge-

*Tabel 1. Concept kostenbegroting dokterspost voor 10.000 inwoners, exclusief artsenhonorarium.*

<b>1 Kosten dokterspost</b>	
Honorarium twee curatieve verpleegsters	f 25.000,—
Honorarium laborante	„ 8.000,—
Huur	„ 3.000,—
Vervoer verpleegsters	„ 6.000,—
Algemene kosten	„ 1.500,—
Gezamenlijk schoonmaakbedrijf	„ 4.000,—
Gezamenlijk instrumentarium	„ 3.000,—
Gezamenlijke oriëntering	„ 1.500,—
Gezamenlijke waarneming	pro memorie
	f 52.000,—
<b>2 Kosten afzonderlijke artsen</b>	
Honorarium	
praktijkassistente	f 6.000,—
Huur praktijkruimte	„ 3.000,—
Algemene kosten	„ 1.500,—
Vervoer	„ 4.000,—
Rente en aflossing	„ 6.000,—
	f 20.500,—
<b>3 Totale kosten</b>	
Kosten van de dokterspost	f 52.000,—
Kosten van de drie artsen	„ 61.500,—
	f 113.500,—
<b>4 Kostenvergelijking</b>	
Kosten met dokterspost volgens dit concept	f 11,35 per patiënt per jaar
Kosten huispraktijk volgens berekening (onder voorbehoud) van de Commissie Van der Ven	f 10,37 per patiënt per jaar
Kostenvergoeding aan huisartsen door ziekenfondsen in 1966	f 5,47 per patiënt per jaar

*Tabel 2. Eenvoudig model van de morbiditeit in de Engelse huisartspraktijk\*.*

Illness in eight general practices, 1951-1952	
	per cent
Respiratory diseases	24
Digestive diseases	9
Diseases of the nervous system and sense organs, including refractive errors, conjunctivitis and otitis media	8
Symptomatic diagnoses, for-example, 'cough', 'abdominal pain', 'pain in chest', 'diarrhoea' in those over 2 years old, 'pain in back', and 'rash'	8
Circulatory diseases, including essential benign hypertension, varicose veins, and piles	7
Locomotor diseases, including fibrositis, myalgia and muscular rheumatism, 'rheumatism', arthritis, and lumbago	7
Skin diseases, including boils and carbuncles, cellulitis of finger or toe, dermatitis and eczema	7
Infections, including measles, chicken-pox, german measles, mumps, whooping-cough, thread-worms, tuberculosis, gastrointestinal infections, herpes zoster, and scarlet fever	6
Accidents, poisons, violence	5
Consultations other than for sickness, including routine antenatal and maternity work, prophylactic inoculation and vaccination, and infant welfare	5
Genito-urinary conditions, including disorders of menstruation, menopausal symptoms, cystitis, and pyelitis	4
Allergic and endocrine disorders, including obesity, urticaria, asthma, and hay fever	4
Mental and psycho-neurotic disorders	3
Neoplasms	1
Diseases of the blood	1
Complications of pregnancy and childbirth	1

\* Taylor (1952) Good General Practice pag. 401.

gevens uit één praktijk of groep te toetsen aan het theoretisch opgestelde model. Dit model kan en moet vrij eenvoudig zijn. Immers de gegevens uit één praktijk of groep zullen en mogen nogal variëren, zodat alleen categorieën die in wat grotere percentages voorkomen, zich voor vergelijking lenen. Om de gedachten te bepalen worden in de tabellen 2, 3 en 4 enkele voorbeelden gegeven die uitsluitend ter illustratie zijn bedoeld.

Zolang dergelijke vergelijkingsobjecten ontbreken kan over groepspraktijken wel worden gezegd of zij duurder zijn, maar niet of zij adequaat zijn. Het gaat er echter om dat in de thuisgezondheidszorg nu en later op adequate wijze wordt voorzien. Het ligt voor de hand dat artsen die menen nog steeds een adequate zorg te kunnen geven, niet aan een groepspraktijk beginnen, tenzij als studie-object!

*Summary.* The essential aim of group practicing is giving adequate care in a changing society. Measuring the adequacy of a complicated institute like general practice seems impossible. With the aid of models based on the average morbidity and medical consumption the contents of group practices can be compared with the average of individual practices. Higher costs of group practices can be accepted when under conditions of equal contents of care a better operational efficiency is achieved.

*Dijkhuis H. J. P. M.* (1963) *Ziekenfonds Gids* 17, 4.  
*Dijkhuis H. J. P. M.*, (1964) huisarts en wetenschap 7, 153.

*Tabel 3. Eenvoudig model van verrichtingen en verwijzingen bij een bevolking van 10000 inwoners.*

a Verrichtingen per jaar (1964)		
	30000	consulten
	20000	visites waaronder ongeveer 12000 bij bedlegerigen
Totaal 50.000 contacten waaronder ongeveer 20.000 nieuwe gevallen.		
b Verwijzingen per jaar (1963)		
	1140	naar de oogarts
	670	naar chirurgen
	485	naar internisten
	330	naar de keel-, neus- en oorarts
	210	naar de huidarts
	180	naar de vrouwenarts
	180	naar de psychiater-neuroloog
	90	naar de kinderarts
Totaal 3285 verwijzingen en opnamen		
c Opnamen per jaar (1965)		
Leeftijd	Mannen	Vrouwen
0 - 5 jaar	163	137
6 - 15 jaar	35	35
16 - 49 jaar	78	140
50 - 64 jaar	78	73
boven 65 jaar	51	51
Totaal	405	en 436 = 841 opnamen

*Tabel 4. Eenvoudig model van de wijkverpleging voor 10000 inwoners. \**

		Aantal bezoeken
Verpleging	113 patiënten	4236
Prenatale zorg	22 aanstaande moeders	45
Zuigelingen- en kleuterzorg	721 personen	1222
Tuberculosebestrijding	20 patiënten	141
Reumabestrijding	22 patiënten	95
Kankerbestrijding	7 patiënten	21
Bejaardenzorg	64 personen	290
Revalidatie	3 patiënten	27
Geestelijke gezondheidszorg	1 tot 2 patiënten	11
Totaal	974 personen	6088
Aantal wijkzusters 2,6		

\* Berekening gebaseerd op het Jaarverslag (1965) van de Provinciale Friese Vereniging Het Groene Kruis (132 wijkzusters op 500000 inwoners).